

尘肺病的鉴别诊断

Differential diagnosis of pneumoconiosis

史志澄

SHI Zhi-cheng

(北京大学第三医院职业病研究中心, 北京 100083)

关键词: 尘肺; 鉴别诊断

中图分类号: R135. 2 文献标识码: C

文章编号: 1002-221X(2003)01-0059-04

尘肺病的主要病理改变为肺的弥漫性纤维化, 在临床上属于间质性肺病的范畴。间质性肺病 (interstitial lung disease, ILD) 是以侵犯肺泡壁为主要病变的一组疾病, 除涉及肺泡间质本身外, 还可以损害肺泡、血管内皮细胞和细支气管等肺实质。

1 间质性肺病病因

间质性肺病的病因约有 200 多种, 病因明确者约占 1/3, 大部分病因未明。

1.1 已知病因

(1) 无机和矿物性粉尘: 石英、石棉、煤、滑石、铍等。(2) 有毒有害气体: 硝酸、硫酸、氮氧化物、二氧化硫等。(3) 放射性损伤: 铀、镭等核素及 X 射线。(4) 感染: 病毒、细菌、真菌、寄生虫等。(5) 药物: 已知可致肺间质病变的药物有 40 多种, 如博来霉素为代表的细胞毒性抗癌药物, 以及免疫抑制剂环磷酰胺等。

1.2 未明确病因

(1) 特发性肺间质纤维化 (隐源性致纤维化肺炎); (2) 胶原病 (系统性红斑狼疮、皮炎、类风湿关节炎); (3) 肉芽肿疾病 (结节病、Wegener 肉芽肿、变应性肉芽肿); (4) 过敏性肺炎; (5) 肺泡蛋白沉着症; (6) 肺淀粉样变等。

2 鉴别诊断

以上疾病的胸部 X 线改变在某种程度上很类似与尘肺病的胸部 X 线表现, 另外还有肺结核、癌瘤, 以及心源性肺淤血等肺内或肺外病变所产生的胸部 X 线表现也与尘肺病的胸部 X 线表现相似, 因此除了通过 X 线影像学的手段加以鉴别外, 还要依靠详细的职业史和病史了解与粉尘接触的密切关系, 症状的演变, 在临床上有哪些重要的、甚至带有特征性的表现和体征, 有时尚需选择关键性的实验室检测项目作为鉴别诊断的重要手段。在某些情况下, 如果根据临床和胸片确实难于鉴别时, 则需采取相应的活体组织检查, 以期获得确诊。

下面就几种主要的, 需与尘肺病进行鉴别的疾病做一个简单介绍。

2.1 肺结核病 (pulmonary tuberculosis)

肺结核是结核分支杆菌引起的一种慢性传染病。据 WHO 估计全世界现有活动性肺结核病人超过 2 000 万。我国 1990 年全国结核病第三次流调的患病率为 523/10 万。近十余年来发病情况有所升高, 出现反弹。据估计我国现有活动性肺结核病人约 6 百万, 仅次于印度。当前我国结核病的防治重点是耐药结核病的传播和控制, 以及易感人群的结核防治。

2.1.1 病理改变 肺结核的基本病理变化为渗出、干酪化和增殖性 3 种病变, 但往往以一种性质的病变为主, 各种性质的病变混合存在, 因而结核病的 X 线改变可呈现多种多样的复杂影像, 给尘肺鉴别诊断带来困难。

2.1.2 临床表现 关于肺结核病活动的判断, 应根据 (1) 痰菌阳性 (涂片或培养); (2) X 线改变①以渗出性为主的病变, 阴影淡而模糊, ②具有干酪化病变的表现, ③空洞病变; (3) 实验室检查血沉增快 (往往超过 30 mm/h) 表示病情进展活动, 皮肤结核菌素试验 (PPD) 呈强阳性反应提示体内有活动性结核病灶。聚合酶联反应 (PCR) 对结核菌的敏感性很高, 如血 PCR 阳性, 有参考价值。

2.1.3 与尘肺病的鉴别 尘肺病与结核病的关系十分密切, 根据流调资料肺结核在接尘工人中的发病率较不接尘的一般成年人要高出 3~8 倍, 尘肺病病人的肺结核发病率则更高于接尘工人。其结核的发病率与接触粉尘中 SiO₂ 含量的高低呈正比, 另外随尘肺病期别的升高, 结核并发症也相应增高。

在鉴别诊断方面, 尘肺病与肺结核主要有 2 个问题: (1) 胸部 X 线上所见的病变是尘肺改变还是结核病变; (2) 尘肺是否合并结核。

主要需与尘肺病鉴别的肺结核类型有以下几种。

(1) 粟粒性肺结核 为血行播散性肺结核, 可分为急性、亚急性和慢性 3 种类型。急性临床症状明显, 起病急骤, 可有高热、呼吸困难、血沉增快、痰菌和血 PCR 检查阳性。在病起后 2 周肺内可见到广泛分布的粟粒状小斑点状阴影, 直径 1~3 mm, 阴影密度较淡, 边缘模糊, 肺野透明度减低, 与尘肺不同的是粟粒结核结节阴影以内带为著, 上肺野较多, 经抗痨治疗, 肺内结节阴影可减少或消失。亚急性和慢性时临床症状较轻, 常见无力、低热、盗汗等症状。血沉可轻度增快。肺部 X 线可见双侧有大小、密度不等的斑点状或片状阴影, 部分边缘清晰, 部分模糊。慢性时有时可无任何临床

收稿日期: 2002-09-18

作者简介: 史志澄 (1932-), 男, 教授 国内资深职业病学家, 主要从事职业病尘肺临床及金属中毒研究。

症状,胸部X线可见硬结及纤维化,亦可有部分钙化。但无肺气肿、肺大泡、肺纹理扭曲、变形等尘肺病常见的X线征象。

(2) 慢性纤维空洞型肺结核 肺内可有多发或单个空洞病变,往往双侧病变不对称,空洞周围有卫星病灶,也可有钙化,可与肺门呈垂柳现象,纤维索条阴影增多,痰菌常阳性。

(3) 结核球(结核瘤) 为包裹性的干酪性或增殖性结核病变,常见于上叶尖、后段或下叶背段,形状一般为圆形或椭圆形,大小为1.5~3 cm,偶有超过3 cm者。球内可有钙化,周围可有卫星灶,多见于一侧,临床可无症状。

2.2 肺癌(lung cancer)

肺癌在恶性肿瘤中的发病率和死亡率均位居前列,特别是近数十年来增加较快,并趋向年轻化。病因学的研究显示吸烟、大气污染、电离辐射、石棉和镍、铬、铍等金属与肺癌的发病有关。1998年国际癌症中心(IARC)已将石英正式列为人类致癌物。

2.2.1 病理改变 肺癌的组织类型可分为:(1)鳞状上皮癌,(2)腺癌,(3)小细胞型未分化癌,(4)大细胞型未分化癌,(5)混合型癌,(6)其他(类癌、腺样囊性癌、粘液上皮癌)。但通常都将肺癌分为非小细胞癌(NSCLC)和小细胞癌(SCLC)两大类。近年来腺癌的发病有增高趋势。

肺癌在大体形态上可分为管内型、管壁型、球形、巨块型和弥漫型,其中后3种特别要注意与尘肺病作X线鉴别诊断。

2.2.2 临床表现

2.2.2.1 症状 咳嗽在中心型肺癌较早出现,常以阵发性、刺激性干咳为首发症状,无痰或仅有少量的白色泡沫状粘液痰。咯血较尘肺时多见,以痰中带血为主,大咯血少见,如病变累及胸膜或胸壁则可出现持续、固定而剧烈的胸痛,此种胸痛性质在尘肺病时很少见到。肿瘤压迫气管引起气道堵塞或继发感染时可有明显的呼吸困难。全身症状可有消瘦、乏力、食欲减退。

2.2.2.2 体征 早期可无明显的阳性体征。肿瘤增大时可有气管移位,阻塞支气管则可产生肺不张体征。侵犯胸膜时可有胸水,多为血性。听诊局部呼吸音减弱或消失。当有转移时多表现为锁骨上、下、颈部和腋下淋巴结肿大。若转移至远处其他部位则引起相应的体征。

2.2.2.3 X线检查 根据肿瘤的发生部位可分为中央型、周围型和弥漫型。典型的中央型X线表现为肺内突出的肺门肿块,在病变的后期肿块常包括转移的淋巴结,还可合并阻塞性肺炎和肺不张。周围型主要表现为肺内结节或肿块,多呈类圆形,边缘呈分叶状有细小的毛刺,肿块内很少有钙化。弥漫型多见于支气管肺泡细胞癌,在两肺形成广泛的结节性或浸润性病变。结节的大小多在1~5 mm之间,密度均匀,轮廓清楚,有融合倾向。其在两肺内的分布常不对称和不均匀,在部分肺内病变较密集,当融合时病灶内有支气管气征。

CT对发现密度较低及处于隐蔽部位如心脏旁、脊柱旁的

肿瘤有一定价值,对隐性肺癌的发现也有帮助。

2.2.2.4 实验室检查 (1)痰脱落细胞学检查:取材方便,应多次送检以提高阳性率。(2)胸水检查:多呈血性,可找到肿瘤细胞。(3)免疫学检查:血和胸水中癌胚抗原(CEA)的测定,特别对腺癌的阳性率高。

2.2.2.5 纤维支气管镜检查 除直接观察病变外,尚可做活体组织检查。

2.2.2.6 肺活体组织检查 除通过纤支镜外,尚可在CT引导下经胸壁穿刺,经纵隔或开胸进行肺活检,以期作出病理学的诊断。

2.2.3 与尘肺病的鉴别 肺癌病变进展快,临床症状多较严重,消瘦、无力明显。在胸片上弥漫型肺癌应与I、II期尘肺病鉴别,尘肺时X线的改变为肺野内小阴影的大小较一致,在肺内分布较均匀。周围型肺癌则要与III期尘肺中的大阴影区别,肺癌的肿块多为单个,发生在肺的前部,如上叶前段、中叶等处,呈类圆形,边缘有分叶,毛刺,肿块内钙化少见。尘肺时大阴影多是在I期或II期尘肺小阴影的基础上产生。大阴影可发生于两侧或单侧,多位于肺后部,正位片上可呈长条状或香蕉形,与肋骨垂直,侧位片上多呈梭形,边缘无毛刺,其内常可见钙化,周边肺部可有气肿带。在动态胸片复查时,可见大阴影逐渐向肺门部收缩。另外肺癌时有血性胸水和痰中找到瘤细胞也是鉴别的重要根据。

2.3 胸膜间皮瘤(pleural mesothelioma)

近数十年来间皮瘤的发病率在逐步增加,尸检报告的发生率为0.2%。间皮瘤中以胸膜间皮瘤为最多见,在40岁以上的间皮瘤中80%为胸膜间皮瘤。发病率男性高于女性。胸膜间皮瘤为胸膜脏层、壁层、纵隔或横膈四部分胸膜的肿瘤,大多数为恶性,少数为良性。流行病学的调查证明间皮瘤和石棉接触有密切关系。石棉工人的发病率高达5%~7%。IARC已将石棉定为环境致癌物。

2.3.1 病理改变 胸膜间皮瘤可分为孤立型和弥漫型两种,前者多为良性,后者则多为恶性。孤立型者呈圆形或椭圆形的坚硬肿块,可发生于包括叶间裂在内的任何胸膜部位,肿瘤表面血管丰富。镜下肿瘤主要由梭形细胞和胶原纤维交织而成,可有玻璃样变和钙化。弥漫型者可见胸膜呈扁平状或粗大结节状增厚,质较硬,胸腔内常有血性胸水。镜下见多数肿瘤细胞排列呈腺腔状或乳头状,细胞浆内有空泡,核仁粗大,细胞间质内为纤维母细胞,属上皮样型。少数肿瘤细胞呈梭形,分布密度不等,有多形性和有丝分裂活动,间质中无丰富的胶原纤维,属纤维型。上述两型掺杂存在者属混合型。

2.3.2 临床表现

2.3.2.1 症状、体征 可有气短、胸闷、胸痛和咳嗽症状,少数有咯血,多见为血痰,如无继发感染多无发热。恶性弥漫型者病变进展迅速,临床症状较明显,病程后期可出现恶液质及呼吸衰竭。70%可有胸腔积液体征。通常锁骨上、腋下淋巴结和肺内多发转移。良性孤立型者多无症状或有轻度的气短、胸闷、胸痛。有石棉接触史者,其潜伏期可长达数

十年之久。

2.3.2.2 实验室检查 胸水可为黄色、鲜红血性或棕红陈旧血性。良性者多属黄色。细胞学检查多数找不到瘤细胞,但可见到大量间皮细胞。胸水中透明质酸含量高于 0.8 mg/ml 有诊断意义。

2.3.2.3 X 线检查 孤立型间皮瘤表现为与胸壁连接、边缘清楚的孤立性圆形或椭圆形软组织的肿块。常规 X 线检查摄后前位胸片和侧位片,以及在透视下旋转体位时能显示肿块与胸膜相连。采用 CT 或 MRI 摄影检查则更具优越性。弥漫型者早期时表现为局限性胸膜增厚,常侵犯壁层胸膜并向膈肌延伸,致肋膈角消失。以后在胸壁上出现密度不等的结节,同时可伴有大量胸水,其中可出现大片胸膜增厚。恶性胸膜间皮瘤可侵犯邻近组织,导致纵隔固定,虽有大量胸水但并不出现纵隔移位。

本病的诊断除根据 X 线所见外,主要依靠胸水检查和病理活检。

2.3.3 与尘肺病的鉴别 石棉接触是发生间皮瘤的重要病因,因此必需详细询问患者的石棉接触史。长期吸入石棉粉尘可引起石棉肺,后者 X 线表现为两肺有弥漫性不规则的小阴影,尤以两下肺为著,致使肺野透亮度降低,呈毛玻璃样改变。小阴影随病变进展、增粗加重,晚期可构成蓬发心和蜂窝肺的囊样改变伴弥漫性灶性肺气肿。另外,在肺内产生广泛病变的同时可产生胸膜肥厚和胸膜斑,此时需与间皮瘤相鉴别。石棉所致胸膜肥厚,特别是胸膜斑常具有钙化现象,不伴有胸腔积液,肺内和胸膜病变发展缓慢,这是与恶性间皮瘤的主要区别。在少数情况下有赖于病理活检才能作出确切诊断。

2.4 特发性肺间质纤维化 (idiopathic pulmonary fibrosis)

本病又名隐源性致纤维化肺炎或 Hamman-Rich 综合征。多发生在 40~50 岁,偶见于儿童及年轻人,性别不限。多数病例进展较快,2~6 年内死亡,少数慢性病例,病程可长达 10 年以上。

2.4.1 病理改变 早期为肺泡炎改变,肺泡腔内肺巨噬细胞、淋巴细胞、II 型肺泡上皮细胞及嗜中性白细胞增生。间质水肿、纤维素渗出、纤维母细胞增生累及肺泡腔及间隔。

晚期为纤维增生改变,肺泡结构紊乱,发生囊性变或呈蜂窝样改变,肺间质弹性纤维断裂,广泛纤维化,肺动脉肌层肥厚及管壁胆固醇增厚。

2.4.2 临床表现 主要症状为进行性呼吸困难和缺氧表现,并随病变进展逐渐加剧。可有轻咳或阵咳,也可有少许白痰,偶带血丝。早期肺部可无异常体征,晚期于两下肺闻爆裂音 (velco 音),出现杵状指,且易并发感染、肺心病和呼吸衰竭。

肺功能检查可见肺顺应性降低、弥散功能减退和限制性通气损害。

实验室检查约 40% 患者血细胞抗核抗体及类风湿因子阳性,血沉增快,血中可发现冷凝球蛋白。支气管肺泡灌洗液中中性粒细胞增多,嗜酸性粒细胞也可增加, IgG 含量增高。

2.4.3 X 线改变 早期可呈毛玻璃样改变,有时可为模糊小斑片状阴影。主要是肺间质的炎性反应及肺泡渗出所致,在尘肺中则很少见到。晚期可见广泛的细网状和索条状阴影,主要在肺底部。有时也可出现小斑片状或蜂窝状阴影。间质纤维化周围可出现肺气肿、肺大泡、细支气管扩张等改变。肺门阴影增大。CT 显示早期病变可呈小点状阴影,后期可见胸膜下弧线状阴影,两中、下肺有线状阴影和蜂窝状阴影。

2.4.4 与尘肺病的鉴别 本病无粉尘接触史是与尘肺病鉴别的关键,在肺部 X 线征象方面则不具备特征性,与尘肺病的 X 线表现较难鉴别,但胸片上发现团块样改变和肺门淋巴结蛋壳样钙化,则有利于矽肺的诊断。

病变进展快,肺部有 velco 啰音、血细胞抗核抗体阳性、支气管肺泡灌洗液中中性粒细胞数明显增多,则有助于本病的诊断。如鉴别仍有困难则应选择进行纤维支气管镜肺活检或 CT 引导下经皮穿刺肺活检,甚或开胸进行肺活检以获取标本,进行病理鉴定,如证实具有胶原结节,则可最终明确尘肺病的诊断。

2.5 结节病 (sarcoidosis)

本病是一种全身性肉芽肿性疾病,可侵犯肺部、皮肤、眼、淋巴结及肝脾等器官,但以侵犯肺部和肺门淋巴结为多见。

本病可在任何年龄男女中发病,但以 30~40 岁者为多见。结节病的预后大多较好。早期轻症患者约 80% 可自行消退,晚期重症患者的病死率约 5%。本病对皮质激素有良好的反应,不仅可以减轻症状,且可抑制炎症和结节的发展。

2.5.1 临床表现 早期多无症状,多于健康体检时发现,部分患者可有干咳、胸闷、胸痛、气短等呼吸系统症状,伴乏力、食欲不振、消瘦、心悸等表现,但一般罕见发热及咯血。晚期因广泛肺间质纤维化而出现明显的呼吸困难、发绀,甚至继发肺心病而出现右心衰竭体征。

实验室检查血清血管紧张素转化酶 (ACE) 增高。支气管肺泡灌洗液中细胞总数增加,主要是 T 淋巴细胞增加,淋巴细胞亚群 CD₄⁺ 和 CD₄⁺/CD₈⁺ 增加。另外, Kveim 皮内试验阳性,而结核菌素皮内试验则为阴性或弱阳性。

2.5.2 X 线改变 早期双侧肺门和纵隔淋巴结肿大可伴有肺粟粒状、结节状或团块状阴影,晚期呈肺弥漫性纤维化改变,两肺见广泛的网状、斑片状或结节样阴影,可并发肺大泡、囊性支气管扩张、纵隔增宽等改变。

2.5.3 与尘肺病的鉴别 本病多见于年轻人,肺内病变通常伴有肺门淋巴结肿大且可自行消退。除胸部 X 线改变外,可有浅表淋巴结 (颈部、腋下) 肿大、肝脾肿大或皮肤及眼部损害。血清 ACE 增高, Kveim 试验阳性而结核菌素试验阴性对确诊本病的帮助很大。皮质激素治疗的满意效果也是重要的佐证。极少数鉴别困难者可进行浅表淋巴结 (颈部、腋下或前斜角肌脂肪垫淋巴结) 的组织活检或纤维支气管镜肺组织活检 (TBLB), 可获得满意的阳性结果。

2.6 外源性过敏性肺炎 (extrinsic allergic alveolitis)

本病是由于吸入各种有机粉尘和真菌孢子而引起的特异

性免疫反应, 主要病理表现为肉芽肿性炎症反应。

2.6.1 临床表现 吸入相关抗原后数小时发病, 为发作性呼吸困难, 伴有干咳、发热、胸闷不适。听诊双肺底可闻及捻发音或细小的湿性啰音。

血常规示血白细胞数增高及核左移, 但嗜酸粒细胞一般不增高。血清检查可有特异性的沉淀素抗体。皮肤试验 Arthus 反应呈阳性。

支气管肺泡灌洗液中细胞总数增高, 淋巴细胞明显增加, 肥大细胞增加超过1%, CD_4^+/CD_8^+ 比值降低, IgM 增高。

2.6.2 X线改变 可见双下肺纹理增粗, 全肺呈毛玻璃状, 广泛的或以双下肺为主的小结节阴影 ($< 3\text{ mm}$), 结节可融合成片。一些慢性病例, 表现为索条状阴影、蜂窝肺, 两下肺代偿性肺气肿。

2.6.3 与尘肺病的鉴别 急性病例肺内小结节阴影, 可经4~6周后逐渐消失; 慢性病例产生肺纤维化改变, 与尘肺病的X线改变较难鉴别。若结合病史, 发病前有有机粉尘接触史, 起病时有发热、喘息性支气管炎表现则有利于本病的诊断。血清检查证实有特异性的沉淀素抗体为确诊本病的有力佐证。

2.7 肺含铁血黄素沉着症 (pulmonary hemosiderosis)

肺含铁血黄素沉着症包括特发性和继发性两种。前者是指未明原因的在肺组织内含铁血黄素沉着, 主要在儿童中发病, 多见于女性。后者多继发于风湿性心脏病二尖瓣狭窄的患者, 由于肺毛细血管扩张, 淤血和破裂出血, 含铁血黄素沉积于肺组织引起异物反应。

2.7.1 临床表现 特发性肺含铁血黄素沉着症的主要特征为肺毛细血管反复出血, 临床表现为咳嗽、咯痰中带血或少量咯血, 伴气短、乏力, 体检面色苍白、发绀、肺部可闻干、湿性啰音。

实验室检查有贫血、血红蛋白减低, 但出、凝血时间正常。痰和胃液中可查出含铁血黄素细胞。

2.7.2 X线改变 为两肺中、下野内带有散在的边缘不太清楚的融合性斑点状阴影 (梨形), 也可呈片状或云絮状阴影。肺出血停止的缓解期, 肺内阴影可在数周内有所消退。肺淋巴结肿大。慢性病例在肺门周围可出现少量纤维索条状阴影。

继发于二尖瓣狭窄所致的肺淤血者胸部X线呈典型的二尖瓣狭窄的心影, 肺内可有直径1~3 mm大小的粟粒状阴影, 密度可高可低, 多密集于肺门附近, 肺纹理粗大, 走行呈肺门向外带分布。

2.7.3 与尘肺病的鉴别 继发性者具有风湿性心脏病病史和反复发生的心力衰竭是本病的特点和发生基础。二尖瓣狭窄肺淤血的胸部X线特点是肺内结节阴影大小不等, 密度可高可低, 且密集于肺门周围, 心影呈典型的二尖瓣形。特发性患者肺内病变于缓解期可有所消退或变异。痰和胃液中检出含铁血黄素细胞有助于确诊。

尘肺病晚期病人可发生心力衰竭, 肺内可出现肺淤血的

X线征象, 但很少产生含铁血黄素沉着。

2.8 肺泡微石症 (pulmonary alveolar microlithiasis)

本病临床上比较少见, 可发生于任何年龄, 多见于30~50岁, 无性别差异, 病因未明。有家族高发倾向, 与遗传有关。本病的主要特征是肺泡内充满细砂状结石, 患者常无症状或症状轻微, 多在胸部X线检查时发现。

2.8.1 临床表现 多数患者自觉无不适, 少数患者可有活动后气短、胸闷、干咳或咳少量粘痰。咯血者罕见。体征大多无异常, 或呼吸音略低, 偶闻干啰音。本病病程较长, 可达数十年, 晚期因慢性缺氧和肺部反复感染, 可并发肺心病、呼吸衰竭。

本病实验室检查无异常。肺功能示限制性通气功能损害, 弥散功能降低, 动脉血氧分压下降。

2.8.2 X线改变 两肺上下满布细小砂粒状阴影, 直径0.3~1 mm, 密度很高, 边缘光滑, 形态不规则。砂粒状阴影多孤立、不融合, 下肺野较上肺野多, 特别是肺底部和靠近心缘区域更多, 有时上肺可出现气肿性肺大泡。胸膜表面有致密的钙化层, 形成索条状。

2.8.3 与尘肺病的鉴别 胸部X线的主要鉴别, 在于尘肺时结节的形成往往伴有纹理的改变 (致密、增多、网状纹理、纹理扭曲变形)。I、II期矽肺时的结节阴影较大, 但密度较本病时肺内的砂粒状阴影低, III期时有大块纤维化形成。易并发结核。

支气管肺泡灌洗液沉淀物在高倍显微镜下可见大量磷酸钙结晶, 是提示本病的重要证据。另外经纤维支气管镜作肺活体组织检查, 阳性率也很高。

2.9 肺真菌病 (pulmonary mycosis)

真菌的种类很多, 常见的呼吸道致病真菌有放线状菌、奴卡氏菌、白色念珠菌、曲霉菌、隐球菌、组织胞浆菌等。多数真菌为条件致病菌。近十几年来由于广谱抗生素、免疫抑制剂、激素等大量使用, 肺部真菌感染日益增多。晚期尘肺病患者也常并发真菌感染。病理改变在急性时以化脓性炎症伴变态反应改变为主, 慢性时则以肉芽肿改变为主。

2.9.1 临床表现 症状较多, 且具多样性, 常见高热、咳嗽、咯痰、咯血等类似肺炎症状, 也可有低热、盗汗、痰中带血等类似于肺结核的表现。

2.9.2 X线所见 (1) 双侧出现散在的多发的粟粒样结节影, 轮廓模糊, 分布不匀, 肺尖及外带少见。(2) 肺纹理可增粗伴大小不等斑片状或大片状阴影, 一般空洞阴影少见。组织胞浆菌引起的肺部病变可产生空洞。(3) 有时可有单侧或双侧胸腔积液, 一般为少量或中等量。

2.9.3 与尘肺病鉴别 (1) 临床症状多, 发热常见。有长期应用激素、抗生素、免疫抑制剂史。(2) 胸部X线不伴肺气肿改变, 结节阴影分布不匀, 密度深浅不一。(3) 痰涂片可见芽孢和菌丝, 培养可鉴定真菌的菌种。(4) 抗真菌药物氟康唑、酮康唑等有良好疗效。